UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERNIES DE LA TROMPE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Novembre 1934

PAR

Guy-Pierre-René LE HÉCHO

Elève du Service de santé de la Marine.

Né à Ancenis (Loire-Inférieure) le 1er août 1909

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

DUVERGEY, professeur ..... } *Juges.*

JEANNENEY, professeur ..... }

LOUBAT, agrégé ..... }

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 20

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HERNIES DE LA TROMPE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Novembre 1934

PAR

Guy-Pierre-René LE HÉCHO

Elève du Service de santé de la Marine.
Né à Ancenis (Loire-Inférieure) le 1er août 1909

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*
DUVERGEY, professeur ....
JEANNENEY, professeur.... .... } *Juges.*
LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY
Zoologie et parasitologie	MANDOUL
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	TEULIERES

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Clinique dentaire	CAVALIE.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	PERY.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé
Puériculture	FAUGERE.
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE ANNEXE
DE MEDECINE NAVALE DE BREST

A MES MAITRES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE
ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET ES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A Monsieur le Médecin-Chef BRUN

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Les hernies des organes génitaux chez la femme ne sont pas des phénomènes observés avec beaucoup de fréquence par les chirurgiens.

Cependant, on a pu constater qu'il existait différentes variétés de hernies suivant que l'on trouvait dans le sac, soit l'utérus, soit les annexes complètes c'est-à-dire trompe et ovaire, soit la trompe toute seule.

La situation de l'orifice herniaire est variable. Cependant, tandis que la trompe unie à l'ovaire semble présenter pour le trajet inguinal une prédilection spéciale, la trompe seule paraît devoir s'engager le plus souvent par l'anneau ovural. Ceci n'est pas une règle absolue ; c'est simplement le résultat de statistiques faites sur une quarantaine d'observations.

On a également signalé des cas de hernies de la trompe, obturatrices, ischiatiques, mais ces faits sont d'une rareté telle que nous n'avons pas jugé bon de nous appesantir sur eux.

Dans cette contribution à l'étude des hernies tubaires, nous passerons en revue successivement différents chapitres dont le plus important sera le dernier.

Le premier chapitre sera un cour résumé de l'historique de la question.

Le second aura trait à quelques considérations anatomiques.

Dans le troisième, nous essaierons d'expliquer l'étiologie et la pathogénie.

Le quatrième aura trait aux symptômes et au diagnostic.

Dans le cinquième nous parlerons des complications ; dans le sixième, du pronostic.

Enfin, nous terminerons par la question du traitement.

Chapitre premier

HISTORIQUE

Les premières observations de hernies de la trompe remontent environ à un siècle et demi.

Encore, dans l'observation qu'il relatait, l'auteur ne se contentait-il souvent que de faire une simple description des organes qu'il trouvait à l'ouverture du sac et nous avons lu un cas où le chirurgien ne savait trop s'il avait affaire à l'appendice, à une frange épiploïque, ou bien à la trompe de Fallope elle-même.

Il nous est impossible, avant 1787, de retrouver une description clinique pouvant se rapporter au cas qui nous occupe aujourd'hui.

Conradi et Voigtel mentionnent dans leur *Anatomie pathologique* une hernie de la trompe à travers une fissure du vagin. D'après M. Deizeimeris (*L'Expérience*, 1809), l'observation originale aurait été publiée en 1787 dans le *Journal für die Geburtsheller.*

Ensuite il faut arriver jusqu'en 1809, date à laquelle Voigt publia *in Hufeland Journal der Practischen Heilkunde*, une observation relatant l'élimination spontânée d'un segment de trompe sphacélée. La malade d'ailleurs avait très bien guéri.

En 1834, pour la première fois en France, A. Bérard publia une observation où il relatait un cas très net de hernie de la trompe étranglée avec issue fatale au bout de sept jours.

Jusqu'en 1893, Aubry, Dolbeau, Dupont, Lentz, Brünner publient de nouvelles observations mais à la suite de celles-ci

ne tentent pas d'expliquer le mécanisme de ces hernies qui sont pourtant bien spéciales, du moins quant à leur contenu.

En 1893, le professeur Lejars, dans la *Revue de Chirurgie* de la même année, en résumant tous les cas précédents, fait une étude anatomo-pathologique de la hernie tubaire en même temps qu'il essaie d'en expliquer l'étiologie et la pathogénie. Ce travail qui fut le premier traitant vraiment toute la question est désormais resté classique.

En 1895, Kousmine dans la *Revue de Chirurgie* de la même année, à propos d'un cas de tumeur de la région iléo-fémorale, reprend le travail de Lejars.

Depuis, Vassal, en 1895; Schultz, en 1898; Ivanoff, en 1902, et Garrigues, en 1904, ont fait de la hernie de la trompe de Fallope le sujet de leur thèse inaugurale.

Nous ne pouvons passer sous silence une observation publiée par Villard en 1900 qui rapporte un cas de salpingite suppurée dans un sac herniaire.

Chatitre II

CONSIDERATIONS ANATOMIQUES

Les trompes de Fallope sont les conduits excréteurs de l'ovaire. Elles sont logées dans l'aileron moyen du ligament large, plutôt en arrière de l'ovaire qu'en avant de lui (Ribemont-Desaignes). Elles sont situées sur les côtés de l'utérus. Et tandis que l'extrémité interne de la trompe se continue avec l'utérus, son extrémité obtenue est unie à l'ovaire par le ligament tubo-ovarien. La situation de la trompe dans le ligament large, sa continuité avec l'utérus et son ligament tubo-ovarien sont donc ses moyens de fixité.

Malgré cela, elle est très mobile sur place et est le siège de déplacements physiologiques surtout pendant la grossesse. Elle peut être aussi déplacée en arrière par la vessie déplacée, ou s'abaisser sous l'influence de la pression que les anses intestinales remplies de matières exercent sur elle, ou enfin se déplacer en avant quand les anses intestinales se placent derrière l'utérus et le ligament large.

Outre ces déplacements, la trompe de Fallope peut sortir par un des orifices de la paroi abdominale ; c'est alors la hernie de la trompe.

Les hernies de la trompe sont inguinales ou crurales.

Les hernies de la trompe dans l'ovaire seule ou accompagnée d'autres organes, sont rares. Par contre, pour les hernies de l'ovaire on a un bon nombre d'observations.

La trompe avec l'ovaire affecte des rapports très intimes. Il est donc naturel que l'ovaire soit tout disposé à suivre la trompe partout dans ses déplacement et, réciproquement, l'ovaire hernié attire à lui la trompe à laquelle il est relié.

Ainsi, lorsqu'on pratique la cure d'une hernie inguinale de la trompe et qu'on attire au dehors les parties herniées pour les réséquer, ou seulement les examiner, on peut attirer en même temps, parfois même sans le savoir, l'ovaire qui suit la direction prise par les parties herniées.

C'est là une des raisons pour lesquelles on rencontre les hernies de la trompe plus souvent accompagnée de l'ovaire que sans lui.

Le plus souvent, la hernie se fait d'un seul côté, mais elle peut être double. Schultz en rapporte un cas, dans sa thèse, observé par Diart. Tous les organes avec lesquels la trompe se trouve en rapport peuvent entrer dans la constitution des hernies ; mais les organes bien fixés d'ordinaire et peu mobiles s'engagent difficilement. Donc, dans sa migration en dehors de la cavité abdominale, la trompe peut être accompagnée d'autres viscères abdominaux, ou peut être seule.

Dans le premier cas, la trompe entraîne avec elle, soit une anse intestinale, soit la vessie, mais c'est surtout l'ovaire que l'on rencontre. Il peut descendre dans le sac ou bien avoir suivi seulement en partie la trompe. L'étude de la migration de ces deux organes ensemble ne faisant pas partie de notre sujet, nous ne nous y arrêterons pas.

Il est bon de signaler aussi le déplacement de l'utérus qui suit le déplacement de la trompe ; il se trouve dévié du côté correspondant à la hernie. La corne utérine étant entraînée de ce côté par la trompe herniée, se trouve en contact avec la paroi pelvienne et regarde en avant et du côté de la hernie, vers l'orifice abdominal du canal inguinal.

Voyons maintenant ce que l'on observe à l'ouverture du sac.

Tantôt la trompe s'engage par son extrémité libre, tantôt elle se présente par sa partie moyenne et se trouve alors incurvée en un croissant dont les deux extrémités disparaissent dans l'abdomen.

Dans l'immense majorité des cas, la trompe ainsi herniée est libre dans le sac, appendue à l'aileron moyen du ligament

large qui plonge à travers le collet de la hernie vers ses insections pelviennes.

Parfois la trompe se trouve attachée par des adhérences charnues à la paroi du sac.

Comme les hernies des autres viscères, les hernies de la trompe sont étranglées ou non étranglées. L'étranglement de la trompe présente avec l'étranglement de l'intestin, notamment au point de vue des causes, des particularités communes, mais au point de vue du mécanisme de l'étranglement, la hernie de la trompe diffère de la hernie intestinale.

L'expérience d'O'Beirne montrant ce rôle possible, sinon indispensable des modifications brusques de tension du contenu intestinal, ne peut en rien s'appliquer aux hernies de la trompe dont la congestion plus ou moins accusée ne doit pas modifier le volume de façon sensible.

La trompe herniée, à l'ouverture du sac, peut se présenter dans deux états différents: ou bien elle est saine,ou bien elle est malade.

Lorsqu'elle est malade, cela vient de son étranglement plus ou moins serré, ou encore de l'infection qui s'est propagée par les voies génitales. Dans ce cas, elle est rouge, œdémaciée, parfois noirâtre, avec des plaques de sphacèle disséminées. Si on l'ouvre, on peut voir s'écouler un pus souvent très fétide.

Enfin on a parfois trouvé dans le sac herniaire des trompes kystiques.

Chapitre III

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Les hernies de la trompe s'observent plus souvent chez l'adulte que chez l'enfant. Cependant on a signalé un peu partout des hernies tubaires ou tubo-ovariennes chez des nourrissons (H.-L. Rocher, observations publiées en 1924 et en 1927).

Dans le jeune âge, on trouve fréquemment un point faible de la paroi abdominale dû à la persistance du canal de Vück. On peut rencontrer chez l'adulte une disposition semblable et on a affaire alors à une hernie inguinale congénitale de la trompe.

En faisant des recherches sur la disposition des organes génitaux chez le nouveau-né, Kousmine a constaté une mobilité excessive des trompes de Fallope. On trouve souvent la trompe déplacée en bas dans sa partie moyenne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; l'ovaire, relié chez le nouveau-né presque immédiatement avec le pavillon, descendait lui aussi lorsque le déplacement avait atteint l'extrémité externe de la trompe.

Chez les femmes qui ont eu des enfants, on comprend que cette condition puisse favoriser la procidence de l'organe mobile dans le sac d'une hernie, et si ce dernier n'est pas préformé dans une des dépressions à la face profonde de la paroi abdominale.

En examinant ces dépressions chez le nouveau-né, on a trouvé celles de la région inguinale en dehors et en dedans du repli de l'artère épigastrique, toujours évidentes ; cependant,

au niveau de l'orifice abdominal du canal crural se montrait aussi une fossette bien marquée, disposée plus près de la partie moyenne de l'oviducte. En cherchant à préciser, par des mensurations, l'éloignement du milieu et des bouts utérins et abdominaux du canal obturateur, crural, inguinal, ischiatique, on a obtenu les résultats suivants :

Le oramen du canal obturateur est placé plus profondément que les autres au moins de 1,4 cent. et à 3 mm. en dehors de la ligne perpendiculaire élevée au bas de l'angle utérin là où l'oviducte a son orifice interne. il est ouvert au bord de la vessie et est distant de 1,5 cent. de la partie moyenne de l'oviducte, à 1,8 cent. du point où commence l'ovaire, et à 3,5 cent. de son extrémité la plus externe. La dimension de l'ovaire, chez le nouveau-né, est de 2,7 cent. L'anneau inguinal interne est éloigné du milieu de l'oviducte à 1,4 cent. et de l'extrémité périphérique à 3 cent. Ce qui est placé le plus près à 2,5 cent. de l'anneau interne du canal crural, c'est l'extrémité abdominale de l'oviducte et de l'ovaire. Le centre de l'oviducte est éloigné de l'anneau crural à 1,3 cent.

C'est pourquoi, les organes génitaux les plus mobiles, c'est-à-dire la partie moyenne et l'extrémité abdominale de l'oviducte, de même que l'ovaire, sont plus prédisposées à procider dans l'anneau le plus proche du canal crural si toutefois il n'y a pas d'autres conditions congénitales, qui détermineraient l'entrée de la hernie dans le canal préformé à la région inguinale.

C'est en déprimant le péritoine à ce niveau et en le refoulant dans le trajet crural que se produit parfois la hernie crurale de la trompe.

D'après les documents cliniques, il semble que les hernies crurales de la trompe seule soient plus fréquentes que les hernies de la région inguinale.

Cette rareté de la hernie inguinale de la trompe seule est d'autant plus surprenante que dans les hernies inguinales on trouve souvent l'ovaire et même une des cornes d'un utérus bifide, accompagnée de l'oviducte, tandis que des hernies

crurales de l'ovaire ne renferment que très rarement la trompe et presque jamais une partie de l'utérus.

On doit chercher l'explication de ce fait, principalement, que la hernie crurale des organes génitaux est, en comparaison, plus rare que la hernie inguinale (Puech, sur 88 observations de hernies de l'ovaire, n'a relevé que 14 cas de hernies crurales).

La fréquence prédominante de la hernie inguinale des organes génitaux ne se produit sans doute que par suite de la non oblitération du prolongement du péritoine qui accompagne le ligament rond chez le fœtus et sert, en quelque sorte, d'amorce à la hernie.

Sur 88 ovariotomies inguinales, nous en trouvons dans la statistique de Puech 54 d'origine congénitale, 17 douteuses et seulement 17 hernies accidentelles. Il est cependant permis de supposer que les circonstances accidentelles et la prédisposition congénitale s'associaient aussi dans quelques-uns de ces derniers as, et que les hernies inguinales des organes génitaux sont, plus souvent qu'on ne le pensait, d'origine congénitale, tandis que la proportion des hernies crurales acquises l'emporte ou tout au moins égale celle des hernies inguinales acquises.

La coexistence de défauts de conformation des organes génitaux est aussi un caractère commun aux hernies inguinales, puisque Puech en a relevé 33 cas.

Dans les hernies crurales, au contraire, l'hérédité ne joue aucun rôle bien marqué ; c'est pourquoi elles doivent être considérées presque exclusivement comme des hernies acquises, favorisées par l'existence antérieure de grossesses répétées, par les déplacements mécaniques à la suite d'un utérus fibromateux (Lejars).

Outre les causes locales mentionnées plus haut, qui favorisent la formation d'un infundibulum à la région du canal fémoral, il y a d'autres conditions anatomiques dont nous allons parler et qui ont aussi une influence considérable.

L'amaigrissement peut jouer un rôle en raréfiant le tissu

cellulaire du bassin et en exagérant la mobilité du péritoine pelvien.

Dans certains cas il est évident qu'il s'agit d'une hernie de force, d'une expulsion brusque sous l'influence d'un effort violent et répété.

English désigne aussi la longueur anormale de l'ala vespertitions ou de tout le ligament large comme une des causes prédisposantes.

Marsily, dans sa thèse en 1919, signale encore la hernie par glissement. Le péritoine pariétal du bassin glisse vers un orifice herniaire, entraînant la trompe dans ses replis. Ces hernies s'observeraient chez les femmes très grasses, le péritoine reposant sur un plan graisseux, glisserait sur ce plan et provoquerait ainsi la hernie dite par glissement.

Cette notion de hernie par glissement est reprise, un an plus tard, par Chauvin qui en explique le mécanisme à propos d'une observation qu'il publie en même temps dans la *Société Anatomique de Paris*, février 1920.

Chapitre IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

La hernie de la trompe ne présente le plus souvent que les signes ordinaires d'une hernie crurale ou inguinale.

On voit à l'examen une tumeur généralement petite, dure, parfois elle est douloureuse à la palpation. Elle peut être réductible ou irréductible. Parfois on peut sentir à travers la peau un cordon fibreux qui va se perdre dans l'abdomen.

Comme signe subjectif on a signalé la douleur spontanée avec sensation de pesanteur, ou bien douleur provoquée à l'occasion d'un effort violent.

On a signalé également une recrudescence des phénomènes douloureux au moment des règles. Ce signe fut maintes fois absent et ne peut être considéré comme pathognomonique.

Les vomissements ont été également notés dans quelques observations.

Kousmine donne comme un bon signe la déviation de l'utérus du côté où la trompe est herniée. Il est indéniable que le toucher vaginal puisse donner, du moins dans certains cas, de précieux renseignements.

On pourra, en effet, sentir un utérus basculé à droite ou à gauche, appliquant sa corne du même côté, contre l'orifice profond du trajet inguinal par exemple.

Il ne faudra donc jamais négliger de pratiquer ce toucher, si l'on veut faire un diagnostic précis.

Cependant, malgré ces signes d'ailleurs inconstants, malgré les différents procédés d'exploration, ce ne sera bien sou-

vent qu'au moment de l'ouverture du sac que le diagnostic sera fait.

La seule base sur laquelle on puisse s'appuyer, consiste en deux signes :

L'une, un signe physique, déviation de l'utérus du côté hernié.

L'autre subjectif : la douleur qui s'exaspère au moment des règles. Mais ces signes sont souvent absents.

Chapitre V

COMPLICATIONS

Les complications des hernies tubaires sont celles de toutes les hernies en général, avec le même cortège de symptômes.

Ce sont :

1° L'étranglement;

2° L'infection du sac avec l'éventualité d'une péritonite généralisée secondairement.

L'étranglement n'est pas rare dans les hernies tubaires. La hernie devient irréductible, tendue, douloureuse, mate. Il y a arrêt des matières et des gaz, mais pas absolu. Il y a également des vomissements.

Le sac se remplit de liquide, il se forme un abcès qui peut s'ouvrir au dehors (observation de Voigt en 1809).

Quand on ouvre le sac, on voit ordinairement une trompe épaissie, gonflée, d'un rouge sombre; c'est le premier stade de l'étranglement; puis rapidement, la trompe se sphacèle, devient noire; il s'écoule du sac un liquide sanieux horriblement fétide.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de cette gravité ordinaire des étranglements de la trompe, ni des accidents rapides de sphacèle, ni de la suppuration du sac. C'est la trompe elle-même qui infecte le sac herniaire où elle est incluse, c'est par l'orifice béant de son pavillon que les éléments infectieux sont déversés largement dans le sac.

Le diagnostic d'étranglement de la trompe ne sera pas fait au sens précis du mot, mais les signes étant ceux d'un étranglement herniaire en général, ils seront suffisants pour commander une intervention immédiate.

Une dernière complication, mais rarissime, il faut l'avouer, c'est la présence d'une grossesse ectopique dans une trompe herniée.

Chapitre VI

PRONOSTIC

Une hernie ne peut, du fait qu'elle contient la trompe, présenter une gravité particulière et le pronostic des hernies tubaires devrait être en somme celui des hernies en général.

Cependant, le pronostic de la hernie de la trompe nous semble un peu plus sérieux, et ceci en raison d'une complication grave, l'étranglement, qui survient bien plus fréquemment que dans les autres hernies. Lejars, sur neuf observations, a compté cinq étranglements.

Quant au pronostic au point de vue local, c'est-à-dire de la trompe elle-même, il sera variable selon que le collet sera laché ou très serré. Dans la dernière éventualité, il est évident que le chirurgien sera peut-être obligé de pratiquer l'excision. Mais nous reparlerons de ceci dans le traitement.

De plus, il faut reconnaître l'organe, ne pas l'extirper inutilement, surtout chez la femme jeune, en le prenant pour un appendice épiploïque ainsi qu'il advint à certains auteurs.

Le pronostic sera également aggravé si la trompe est infectée, et nous avons dit que cette infection n'est pas si rare. On a sigalé (Villard) des salpingites suppurées dans un sac herniaire. Dans ce cas, on doit prendre évidemment de grandes précautions, car l'éventualité d'une péritonite généralisée est toujours à envisager.

Chapitre VII

TRAITEMENT

En supposant qu'on ait fait cliniquement le diagnostic de hernie de la trompe, il faudrait recourir à un traitement chirurgical qui aurait l'avantage de débarrasser la malade d'une affection gênante et douloureuse et de prévenir les accidents qui peuvent compliquer celle-ci.

Dans l'immense maorité des cas, le diagnostic de hernie de la trompe n'aura pas été fait.

En conséquence, lorsque le chirurgien se trouvera subitement en présence de la lésion, il faudra qu'il décide sur le champ, quelle intervention pratiquer.

Le professeurs Lejars, il y a une quarantaine d'années, était partisan de l'excision de la trompe dans toutes les hernies de cet organe : « L'excision nous semble beaucoup plus sûre, disait-il, et volontiers nous en ferions une règle dans les hernies de la trompe. »

Depuis, les idées ont changé sur cette règle un peu trop radicale.

Dans les cas qui sont de beaucoup les plus nombreux, la conduite du chirurgien sera subordonnée à l'état anatomique du viscère hernié.

Si la trompe est malade, si elle est rouge sombre, œdémaciée, à plus forte raison, si on voit des plaques de sphacèle, de la suppuration, il est évident que la réduction dans le ventre n'est pas à envisager.

Si cette réduction est pratiquée dans un pareil cas, on risque presque à coup sûr de provoquer une péritonite par exaltation de la virulence des germes enfermés en vase clos.

Donc, ici, pas d'hésitation; on pratiquera l'extirpation précoce et rapide de l'organe, suivie d'une cure radicale. Lorsque la trompe est saine, la conservation s'impose avec d'autant plus de vigueur que la femme est plus jeune ; il faut donc réduire l'organe hernié.

La technique de cette réduction sera fort différente suivant les cas et la variété de hernies auxquelles on aura affaire. Dans les cas de hernie par bascule de la trompe, la laxité de l'aileron moyen du ligament large a permis à l'organe de s'engager à travers le collet d'une hernie préformée, aucune adhérence ne le fixe à la paroi, sauf parfois quelques adhérences inflammatoires toujours faciles à dissocier. Il se trouve à l'intérieur du sac appendu à son meso, libre et mobile comme une anse intestinale appendue au mesentère.

Il suffira de le réintégrer dans la cavité abdominale, comme on le fait pour une anse herniée. L'opération ne présentera, dans ce cas, aucune difficulté. Le sac sera ensuite réséqué après dissection et ligaturé le plus haut possible, la paroi refaite soigneusement par un procédé quelconque de cure radicale.

Le mode opératoire est notablement différent lorsque l'on a affaire à la variété de hernie dite par glissement.

Ici la trompe est intimement unie à la paroi du sac par des adhérences charnues ; il est impossible de disséquer ces adhérences et de libérer la trompe qui fait partie intégrante du sac. La question se pose pour les hernies par glissement de la trompe comme pour les hernies par glissement du cœcum : l'organe normalement pelvien n'est pas sorti par un orifice préformé. Il a suivi, dans son déplacement, le péritoine qui glisserait sur un plan adipeux.

Faisant corps avec lui, il a traversé le trajet inguinal ou l'anneau crural.

Ici encore, il va falloir pratiquer la dissection du sac.

Dans cette dissection, il faut veiller à ne pas blesser les vaisseaux abondants et fragiles qui se trouvent dans l'aileron ectopique.

Il faut disséquer ici, comme si chez l'homme on voulait iso-

ler, non plus le sac du cordon, mais séparer à la fois cordon et sac de la paroi profonde. Cet isolement est en général assez aisé.

Ensuite on referme le sac par un surjet au catgut dont les fils conservés pour servir à fixer, suivant la technique de Barker, les organes génitaux sur la paroi abdominale.

On réduira la trompe à travers l'anneau crural ou inguinal.

Une fois la trompe remise dans l'abdomen, le péritoine refermé, on reconstituera une paroi en employant une technique banale, n'offrant, dans le cas qui nous occupe, aucune particularité.

OBSERVATIONS

Observation I

Due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot

Mme D... (Gabrielle), 50 ans, ménagère. Entrée le 31 janvier 1929 dans le service de M. le Professeur Guyot.

Il y a un an, la malade marque au niveau de son aine droite une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur apparaît sans cause apparente; elle est dure, fixée sur les plans profonds et indolente. Elle ne gêne pas la malade dans son travail. Depuis, la tumeur a constamment augmenté de volume, et il y a quinze jours, à la suite d'un surmenage, la malade a commencé à sentir une gêne et de la faiblesse de son membre inférieur droit. Elle va alors consulter le docteur Massé qui lui conseille une opération.

Antécédents personnels : broncho-pneumonie double, il y a 10 ans soignée à l'Hôpital Saint-André où elle reste un mois. N'a pas craché de sang.

Trois grossesses, accouchements normaux, pas de fausse couche.

Bien réglée.

Examen le 2 février 1929 : la malade paraît présenter un bon état général, quoiqu'étant amaigrie et chétive.

Au niveau de la région inguino-crurale droite, on voit une tumeur rallongée parallèle à l'arcade crurale ne semblant pas douée de battements.

La palpation montre que cette tumeur est nettement fluctuante, non douloureuse, un peu adhérente à l'arcade crurale. Elle s'étend en dehors jusqu'à deux doigts de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

En dedans elle n'atteint pas la grande lèvre; c'est une tumeur non réductible, ne subissant pas l'impulsion de la toux. Elle est pédiculée par un prolongement douloureux à la pression. La percussion montre la matité absolue de cette tumeur.

Auscultation négative.

Pas d'adénopathie de la région.

Les mouvements de l'articulation de la hanche sont normaux et non douloureux.

Le pouls, pris au niveau de l'artère pédieuse, n'est pas retardé. Sa paroi abdominale est normale.

Le foie et la rate sont normalement percutables. Le thorax est étroit et très amaigri.

Hernie isolée de la trompe avec étranglement du kyste sacculaire.

Opération de Cadenat avec Barker.

1er temps. incision curviligne;

2e temps: dissection de la tumeur avec résection de la saphène interne qui adhère au sac au niveau de la crosse. Au cours de la dissection, le sac s'ouvre et un liquide séro-sanguinolent s'écoule. On décole le sac jusqu'au niveau de son collet.

Le sac est ouvert; la trompe est étranglée au niveau du collet; elle est libérée, touchée à l'éther et rentrée dans le ventre.

Barker fermeture de la paroi avec des crins perdus réunissant le ligament de cooper à l'aponévrose du grand oblique qui est abaissée en rideau.

Hémostase, fermeture de la paroi.

Durée de l'opération : 18 minutes.

Le 13 avril, sort guérie.

Observation II (Voigt)

Hernie inguinale de la trompe

La femme d'un prédicateur de campagne, âgée de 36 ans, mère de six enfants, d'une bonne constitution, ressentit, à la suite d'un grand pas, le corps étant fortement incliné, dans la région inguinale droite, comme quelque chose qui s'échappait, et une tumeur se forma de la grosseur d'une aveline ; elle jugea que c'était une hernie et chercha à la faire rentrer, ce à quoi elle réussit. Elle garda le silence sur cet accident, parce qu'il ne laissa nulle douleur à sa suite et parce que la tumeur put être réduite sans difficulté, chaque fois qu'elle reparut de nouveau ; elle remarqua néanmoins que, depuis, elle éprouvait parfois des douleurs passagères dans l'abdomen. Un an plus tard, comme elle voulait enlever un objet assez lourd de dessus une large table, le corps étant fortement penché en avant, la tumeur reparut tout à coup. Elle fit d'inutiles tentatives pour la réduire ; la tumeur devint sensible ; son volume et les douleurs augmentèrent progressivement ; il s'y joignit de la chaleur par tout le corps, de la soif, l'absence des selles et enfin des vomissements.

Ce ne fut que le dixième jour que je fus appelé. Je reconnus dans la région inguinale droite une tumeur d'environ six pouces de long, du volume du bras d'un petit enfant, d'une couleur bleue foncée, extrêmement douloureuse au toucher, et où je reconnus immédiatement de la fluctuation. J'ordonnais une saignée, et, sur la tumeur, un cataplasme émollient avec le lait. Le lendemain matin, j'appris que la tumeur s'était ouverte et que la malade se trouvait assez bien ; il s'écoulait de la tumeur un pus sanieux et très fétide, et à mon grand étonnement, je vis un corps tout noir, d'un demi-pouce de long et du volume d'une plume à écrire qui sortait de l'ouverture de la tumeur, et que je ne pus examiner avec tout le soin nécessaire à cause des violentes douleurs que causaient mes recherches.

La journée se passa sans incident. Le lendemain, j'appris que la veille au soir, la malade, en faisant les lotions, avait extrait de la plaie le corps noir dont j'ai parlé, je me rendis auprès d'elle, et elle me montra ce corps. Il était putréfié et d'une odeur insupportable, sa longueur était de quatre pouces, son volume à peu près celui d'une plume à écrire, son tissu était dense, une de ses extrémités était frangée et il avait un canal par lequel on pouvait faire passer un fil d'archal fin. D'après toutes les circonstances du cas et selon toute probabilité, ce corps était une trompe de Fallope. Au bout de quatorze jours, la plaie était complètement guérie ; la femme était en parfaite santé, et aujourd'hui, après six mois écoulés, elle se porte parfaitement bien.

Observation III (Scholler)

Hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope

Il s'agit d'une petite fille de 11 jours qui succomba à une inflammation gastro-intestinale. A l'autopsie, on constata qu'il existait du côté droit une hernie inguinale. La tumeur s'avançait jusqu'à la grande lèvre et contenait la trompe de Fallope qui était rouge et tuméfiée, mais nullement adhérente. Le ligament rond du même côté était plus court que l'autre ; l'utérus éai un peu déplacé, et son axe n'était pas parallèle à celui du corps.

Observation IV (Dolbeau)

Hernie de la trompe

La malade qui a offert cette altération est entrée à l'hôpital il y a quelquese semaines. Elle portait une tumeur dans la région inguinale, tumeur rouge, fluctuante, douloureuse, avec tous les

signes d'un accès dans le canal inguinal. Le foyer a été incisé; il en est sorti du pus; mais quelques jours après, est survenue une péritonite intense, due à une ouverture du sac dans l'abdomen. La malade a succombé rapidement. A l'autopsie, voici ce que l'on a pu constater: un foyer purulent, communiquant d'une part avec l'extérieur, d'autre part avec la cavité péritonéale ; de plus, un kyste séreux, indépendant de cette poche. Ce kyste, incisé, a laissé écouler de la sérosité et l'on a reconnu, ainsi qu'on a pu s'en assurer, que cette poche était située dans la cavité de la trompe. Ce kyste, de même que le foyer purulent, était placé dans le canal inguinal.

Après un examen attentif, on voit un sac herniaire dans lequel est placée la trompe ; en dehors et en avant de ce cas, le ligament rond. C'est dans le sac herniaire qu'existe le foyer purulent. Quant à l'ovaire, il est resté dans l'abdomen, à l'ouverture du canal inguinal. Il y avait donc une hernie de la trompe avec un kyste séreux dans sa cavité ; le tout, contenu dans un sac herniaire enflammé. Le foyer de suppuration, en s'ouvrant dans l'abdomen, a amené une péritonite rapidement mortelle.

Observation V (Dupont)

Hernie de la trompe utérine

Dupont (de Lausanne) rapporte le cas fort intéressant et fort rare d'une hernie de la trompe de la Fallope. Il s'agissait d'une femme de 38 ans, d'intelligence bornée, et qui ne put donner qu'une anamnèse douteuse. Elle portait une tumeur du pli de l'aîne, simulant une hernie et recroquevillée sur le ligament de Poupart ; cette tumeur bilobée présente une fluctuation manifeste, mais n'offre, du reste, aucun signe d'étranglement. Quoique présentant une abondance de plaques muqueuses sur l'anus et la vulve, la malade est enceinte de quatre à cinq mois. Une ponction exploratrice amène un liquide jaune citron, en sorte que le diagnostic suivant est posé : hernie rentrée dont le sac subsiste et a formé kyste.

L'opération est décidée. M. Dupont y procède avec toutes les précautions d'usage dans la herniotomie, il arrive sur une membrane extérieure formant sac, dont l'incision donne écoulement à du liquide et laisse voir un corps gros comme le doigt, violet, présentant tous les caractères anatomiques de la trompe de Fallope.

L'opération s'est heureusement terminée par la réduction de la partie herniée, et la malade est en pleine convalescence actuellement, sans que l'opération qu'elle a subie ait amené aucune suite fâcheuse pour sa grossesse.

Observation VI (Ch. Féré)

C. H..., née le 4 décembre 1878, morte le 25.

Autopsie. — Canal de Nück oblitéré à gauche ; à droite, sac herniaire en avant du ligament rond et un peu en dehors, d'un centimètre de profondeur, sur quatre millimètres de large, conturant exclusivement le pavillon de la trompe, qui offre de ce côté un longueur totale de 41 millimètres, tandis qu'elle n'en a que 37 à gauche. L'utérus est situé exactement sur la ligne médiane ; l'ovaire occupe sa position normale et ne peut être amené jusqu'à l'orifice herniaire. A la palpation extérieure, il m'est impossible de sentir cette hernie ; la trompe se réduit à la moindre pression, mais revient immédiatement après.

Observation VII (Chauvin)

R. P.., 24 ans. Entre le 17 juin 1919 pour hernie inguinale gauche douloureuse (service du Professeur Forgue).

La malade prétend avoir toujours présenté, dans la région inguinale gauche cette hernie qui serait devenue douloureuse depuis trois mois environ. Au début, il s'agissait d'une simple sensation de gêne, de tension, qui, peu à peu, a pris les caractères d'une douleur vraie, douleur sourde apparaissant le soir et se prolongeant plus ou moins avant dans la nuit, gênant le sommeil.

Actuellement, cette douleur persiste et paraît s'accroître progressivement comme intensité. Nulle le matin au réveil, elle apparaît progressivement dans la journée et présente le soir son maximum d'intensité ; elle serait d'autant plus vive que la malade exerçant la profession de couturière, se serait anormalement plus fatiguée dans la journée. Le repos au lit la calme lentement. Elle disparaît dans la nuit. Cette douleur siégeant dans la fosse iliaque gauche, présente parfois, à ses moments d'intensité maxima, des irradiations dans les reins et la région lombaire. Ces douleurs sont constituées surtout par une sensation sourde de tension pénible de pesanteur.

A l'interrogation, nous ne découvrons rien de particulier du côté des divers appareils. Seul l'appareil génital présente quelques symptômes intéressants à noter. Les règles sont normales comme régularité. Elles durent en général deux jours et sont d'abondance moyenne, mais, pendant la première journée, elles sont douloureuses, d'ailleurs peu vives, siégeant dans la fosse iliaque gauche et paraissant se confondre avec une exacerbation des phénomènes douloureux herniaires. Pas de pertes blanches;

pas de pertes rouges en dehors des règles. La malade nous dit n'avoir pas eu d'enfants.

L'appétit est bon ; la digestion normale; les selles régulières avec constipation légère. Pas de toux, ni d'expectoration. Pas de palpitations, de dyspnée d'effort, ni d'œdème. Mictions régulières et normales. Rien du côté du système nerveux.

La malade a été réglée à 14 ans ; n'a jamais eu d'enfants, ni de grossesse. Pas de maladie intéressante, sauf les affections d'enfance : coqueluche et rougeole. Rien d'intéressant à signaler dans les antécédents personnels : père et mère encore vivants et bien portants.

Un premier examen, pratiqué le jour de l'entrée de la malade, ne nous permet pas d'apercevoir la hernie ordinairement peu volumineuse et, à ce moment, spontanément réduite. Nous devons faire marcher la malade ; et ce n'est qu'après une marche de trois quarts d'heure environ que la hernie devient appréciable à l'examen. Il s'agit d'une petite hernie gauche, absolument banale dans ses caractères physiques : petite tumeur oblongue, siégeant au niveau de l'orifice externe du canal inguinal dans lequel elle se prolonge par un pédicule nettement appréciable. Régulière de surface, molle, pâteuse comme consistance, très aisément réductible, ne se reproduisant pas sous l'influence de la toux seule, mais seulement après une marche prolongée. Elle ne donne, à la palpation, aucun sensation particulière ; elle paraît de circonstance homogène, et elle est mate à la percussion.

Notre diagnostic est : épiplocèle inguinale gauche, non adhérente.

A cause des douleurs qui accompagnent le début des règles, nous pratiquons le toucher vaginal ; la malade ne paraît plus vierge. Le vagin est normal. Le col est petit, régulier, fusiforme, dur, à type un peu infantile. Le corps utérin, facilement palpable, est de volume normal et indolore, sans déviation de sa statique ordinaire. Les culs-de-sac sont souples et indolores. Les annexes paraissent normales.

Le 20 juin 1919, intervention sous anesthésie générale à l'éther goutte à goutte. Incision ordinaire, parallèle à l'arcade crurale, des téguments, puis de l'aponéorose du grand oblique. Le sac, petit, mais aisément découvert, et incisé, puis disséqué et ceci sans difficulté. C'est après avoir ouvert le sac péritonéal (largement pour en explorer le contenu et après avoir réduit l'épiploon qui l'emplissait que nous avons remarqué sur sa paroi profonde un organe arrondi et allongé fixé par un court méso. En l'attirant, nous avons extériorisé le pavillon aisément identifiable à cause de ses franges. Nous nous trouvions donc en présence de la trompe ectopique.

Cette trompe décrivait à l'intérieur du sac une anse à convité inférieure. Son extrémité utérine plongeait dans la cavité abdominale, et il nous a été impossible de l'attirer suffisamment pour la pouvoir examiner en totalité. Son extrémité abdominale, par contre, pouvait être extériosée par traction et la facilité avec laquelle on pouvait l'attirer au dehors permet de supposer que le soir, lorsque la hernie atteignait son volume maximum, elle faisait partie du contenu herniaire.

La trompe n'est pas libre dans le sac, mais elle se trouve sur toute sa longueur rattachée à la paroi du sac par un court méso. Tandis qu'à sa partie moyenne, ce méso, relativement bien développé, lui permet une certaine mobilité, il se raccourcit aux deux extrémités pour appliquer intimement l'organe à la paroi péritonéale. Ce méso indéniablement représente l'aileron moyen du ligament large qui, par glissement de sa base, s'est trouvé extériorisé en entraînant avec lui la trompe de Fallope. Le doigt plongeant dans la cavité pelvienne, trouve, accolé à la paroi, en situation sensiblement normale, un ovaire qui ne paraît présenter en son volume, en sa consistance et en sa forme, aucune particularité. Pour trouver la glande génitale, il est aisé de se guider sur le ligament tubo-ovarien que l'on tend en attirant la trompe herniée.

L'examen ne permet de révéler sur la trompe aucune lésion appréciable ; le volume en est normal, la coloration rosée, sans vascularisation excessive. Les franges du pavillon sont libres et souples. Il faut donc conserver sur cette femme jeune, l'organe normal.

Le sac étant largement disséqué jusqu'à son collet, toute sa portion antérieure indépendante de la trompe, est réséquée. Nous ne respectons que des lambeaux suffisants pour en permettre la fermeture sans que le surjet au catgut exerce sur la trompe aucune constriction. Les extrémités de ce surjet sont fixées suivant la technique de Barker, aussi bas et aussi en dehors que possible à la face profonde de la paroi abdominale, de façon à rétablir la trompe dans sa position autant que possible normale.

Sac herniaire et trompe se trouvant ainsi réduits, nous pratiquons la réfection du canal inguinal d'après le procédé antéfuniculaire de notre maître M. le Professeur Forgue. Suture aux crins des téguments.

Les suites opératoires sont parfaites, et le dixième jour, à l'ablation des fils nous constatons une réunion parfaite. Malheureusement, le lendemain de ce premier pansement, un œdème douloureux se manifeste dans le membre inférieur gauche. Il s'agit d'une phlébite post-opératoire d'ailleurs peu grave et d'évolution rapide, puisque le 19 juillet tout est rentré dans l'ordre et la malade peut être considérée comme guérie.

Nous nous sommes trouvés en présence d'une hernie de la trompe seule par glissement. Variété rare dont Wiart, en 1899, paraît avoir rapporté un des premiers exemples.

Observation VIII

Hernie crurale gauche de la trompe étranglée
(A. Broca)

Il s'agit d'une femme de 40 ans environ, auprès de laquelle j'ai été appelé d'urgence à l'hospice d'Ivry, le 14 janvier 1891, à une heure du matin. Cette femme avait déjà, un mois auparavant, des accidents analogues pour lesquels elle avait refusé de se laisser opérer par notre collègue et ami Ch. Nelaton, alors titulaire du service. Les accidents avaient cédé au taxis. Quand j'arrivai, je trouvai une hernie crurale gauche de volume moyen ne présentant à l'examen rien de particulier. Elle était étranglée depuis trente-six heures et aucune tentative de taxis n'avait eu lieu. Je n'en fis pas davantage, et la malade étant chloroformée, je procédai immédiatement à la kelotomie, après incision d'un sac peu lipomateux, je vis s'écouler du liquide en notable quantité, et j'arrivai sur une anse étranglée d'intestin grêle. Cet intestin était en bon état seulement congestionné et il était flanqué à son côté interne de la tromple facilement reconnaissable à son pavillon dirigé en bas. Après débridement en bas et en dedans, j'attirai l'intestin que je réduisis après vérification soigneuse de son intégrité; puis j'attirai la trompe qui était rose et n'adhérait pas au sac, et je la réduisis. Je n'eus pas à m'en repentir et la malade, qui bénéficia d'une réunion immédiate apyrétique, put se lever le 3 janvier et quitter l'hôpital quelques jours après entièrement guérie. J'ajoute que j'avait fait la cure radicale par dissection du sac.

Observation IX

Hernie crurale gauche de la trompe. Intervention. Guérison
(Kousmine)

Mme Z..., âgée de 36 ans, entre le 14 mars dans ma clinique pour s'y faire traiter chirurgicalement d'une tumeur de la région iléo-fémorale gauche.

Le père est mort à 50 ans par suite d'un refroidissement. La mère est encore en vie ; une sœur morte en couches. La malade

se porta bien pendant toute son enfance ; elle fut réglée à 14 ans et se maria à 21 ans.

Les règles étaient toujours très douloureuses, apparaissaient tous les quinze jours et se prolongeaient deux à trois jours. Après le mariage, les règles devinrent plus pénibles et furent accompagnées de douleurs insupportables siégeant au bas ventre, au secrum et surtout dans la moitié gauche du bassin.

A cette période, la malade, qui ne pouvait ni rester couchée sur le dos, ni marcher librement, souffrait de constpiation, ressentait des douleurs sourdes dans l'extrémité inférieure gauche. Le malade, affaiblie par la souffrance, passa, l'année dernière, six semaines à l'hôpital, mais sans résultat ; les douleurs du sacrum étaient devenues persistantes ; la malade sortait le plus souvent étendue.

En marchant, elle se courbait et se penchait du côté gauche. Désespérant d'obtenir une amélioration quelconque dans son état, M^me^ Z... s'adresse à une simple paysanne qui lui promit une guérison complète par le massage. Pour atteindre ce but, la femme pressait et pétrissait d'abord fortement le bas de l'abdoment, puis elle retournait la malade, sondait sur son dos en s'y agenouillant et s'efforçait de comprimer le vendre en dirigeant les mouvements de haut en bas et des côtés vers le milieu. Deux jours après ce traitement on s'aperçut d'une tumeur peu saillante, siégeant au-dessus d'une ligne tirée de l'épine du pubis à l'épine iliaque antéro-supérieure. La tumeur, qui ne présentait d'abord aucun relief considérable, avait la forme d'un petit sac relaché, arrondi et donnait lieu à une sensibilité douloureuse que ressentait la malade lorsqu'elle étendait la cuisse. Les douleurs, au sacrum et à la moitié gauche du bassin, diminuèrent dès que la tumeur fut devenue apparente ; il fut possible à la malade de se coucher sur le dos et elle ne souffrait plus de constipation.

Avec le temps, la tumeur augmenta, s'étendit avec l'âge intérieurement et atteignit de telles dimensions qu'elle empêchait tout à fait la malade de marcher.

Les douleurs pelviennes se renouvelèrent et la malade n'éprouvait de soulagement qu'en restant couchée dans l'attitude fléchie du membre ; lasse de vivre sans travailler, elle vint réclamer mes soins, disposée et bien décider à subir le traitement que je lui proposerais, fut-ce au prix d'une intervention chirurgicale.

La malade était de taille moyenne, assez forte. Les urines étaient de 1868 grammes, leur densité de 1010, étaient acides et ne renfermaient ni sucre, ni albumine.

Rien à signaler à l'examen des autres viscères. La tumeur s'était accrue dans les dix mois et formait dans la partie supé-

rieure et interne de la cuisse gauche une proéminence de la grosseur d'un poing d'un adolescent.

A l'examen de cette région, on constatait, au-dessous de la partie la plus interne de l'arcade, une tumeur peu douloureuse, compressible, fluctuante, qui aboutissait en forme de bosselure dans sa partie inférieure à l'un des orifices dilatés dont est percé le fascia cribiformis.

La tumeur remontait et disparaissait sous l'arcade de Fallope, en se faisant sentir par le toucher dans le flanc gauche sous la forme d'un kyste gros comme une noix de coco.

La tumeur représentait un sac serré dans l'aîne et divisé en deux cavités qui communiquaient entre elles. La cavité supérieure de la tumeur était un peu mobile, tandis que l'inférieure restait immobile et ne pouvait être déplacée ni de bas en haut, ni latéralement, mais elle diminuait et s'agrandissait à la pression par suite du passage du liquide d'un sac dans l'autre. Les contours de la tumeur, en haut de l'arcade, n'arrivaient que jusqu'à 4 centimètres au-dessous de la ligne ombilicale transversale, en dedans jusqu'à un travers de doigt de la ligne médiane, et en dehors la limite disparaissait d'une manière indéterminée. La matité était absolue dans toute l'étendue de la tumeur.

Le toucher vaginal et l'exploration bi-mannuelle faisaient voir que l'utérus était entraîné et s'inclinait à gauche et en avant.

Du côté gauche de l'utérus, dans la direction de l'aîne, se faisait sentir une espèce de pédicule. L'ovaire correspondant ne se laisse trouver ni par le toucher vaginal, ni par le toucher rectal. Par une ponction aspiratrice de la tumeur, je m'assurai de la nature séro purulente du contenu.

En résumé, il n'y avait donc, à n'en pas douter, une tumeur kystique à deux cavités : l'une inférieure sur laquelle je me décidai à porter l'opération, l'autre supérieure.

19 mars. — Je pratiquai une incision à la partie la plus bosselée de la tumeur et j'etteignis l'espace que limite le ligament falciferme d'Allan Burns sur le sac formé par le péritoine doublé d'une couche fibreuse. On l'incisa et on arriva au sac de la tumeur.

Après l'ouverture de celui-ci, je pénétrai dans une cavité renfermant au moins deux livres de liquide purulent, clarifié, dont les éléments solides se déposaient sur la paroi. Après avoir bien épongé et nettoyé le sac et les lèvres de l'incision, j'essayai de dégager le kyste mais ce fut impossible à cause des adhérences très serrées entre la paroi et les tissus voisins.

Le contenu du réservoir supérieur se vida au même moment. Voulant examiner l'intérieur, j'y introduisis le doigt et je pus le faire remonter en suivant le canal crural dans le sac supé-

rieur. La surface interne du sac inférieur se présentait un peu tomenteuse et traversée par des trabécules saillantes ; la surface du sac supérieur était lisse, s'étendait vers l'utérus. Les mouvements imprimés au col par le doigt introduit dans le vagin, se transmettaient distinctemen aux parois du sac supérieur. Tout cela appuyait de la façon la plus évidente le diagnostic de dilatation kystique de la trompe utérine en forme de hernie dans le canal crural.

Dans ce cas, la moitié externe de la trompe occupait, seule, la moitié du sac herniaire ; son extrémité était fermée probablement par persistance de l'état infantile ou bien par suite de son développement incomplet ou d'une agglutination et d'une sorte d'intussusception des franges du fouillon qui se fusionnaient plus ou moins moins intimement avec le kyste et formaient les trabécules dont j'ai fait mention plus haut.

En présence des adhérences et de la suppuration je ne pouvais me décider, séance tenante, ni à extirper la tumeur, ni à fendre l'arcade de Fallope et la paroi abdominale au risque de perdre la malade. Je préférai faire communiquer préalablement les deux foyers à l'aide d'n gros drain qui portait d'en haut jusqu'à la partie intéreiure de l'incision et qui permettait au contenu du reservoir supérieur de se vider, tandis que la cavité inférieure était raclée à l'aide d'une cuiller tranchante et tamponnée avec la gaze iodoformée ; jugeant cette opération suffisante pour le moment, je me proposais, en cas de nécessité, de la compléter ensuite.

L'état général de la malade se releva vite après cette opération ; le 19 mars au soir, la température était de 38° 2; la malade se plaignait un peu de douleurs au bas-ventre et à la plaie; le ventre était souple, pas de vomissements.

20 mars. — Matin, temp. 37° 5; le soir, 37°. Nuit assez bonne, point de douleurs vives, alimentation légère.

21 mars. — Matin, temp. 37° 4; le soir, 37° 6. Le pansement était maculé par du pus séreux et un peu de sérosité sanguinolente. On refit le pansement. Il s'était écoulé une assez grande quantité du pus du réservoir supérieur par le tube, qui était absolument intact et inodore.

Les lèvres de la plaie étaient un peu tuméfiées. Le ventre n'était pas sensible à la pression; à la percussion, la matité du réservoir supérieur était très diminuée.

22 mars. — Matin, temp. 37° 5; soir, 37° 6; on donna un lavement et la malade alla à la garde-robe.

Pendant les jours suivants, la température ne dépassait pas 37° 5; pansement tous les 4, 5 jours et injection d'acide borique.

La suppuration des cavités, bien qu'elle diminuât de jour en jour, continuait encore un peu jusqu'au 16 mai, jour de sortie de la malade.

La cavité supérieur s'était rétrécie, ne donnait plus de matité à la percussion du ventre et laissait supposer qu'elle s'affaisserait entièrement ; la cavité inférieure était à peu près cicatrisée.

La malade devait venir me revoir pour que je puisse extirper la trompe transformée en kyste, au cas où l'opération faite aurait été insuffisante.

Cinq mois après, la malade se montrait parfaitement guérie. La cavité supérieure et la fistule inférieure étaient complètement cicatrisées.

Observation X

Hernie inguinale étranglée de la trompe

(Vogel)

Il s'agit d'une hernie inguinale étranglée à droite. Dans le sac, il y avait, en dehors d'une sérosité roussâtre, un corps qui fut pris d'abord pour l'appendice, mais qu'on reconnut être la trompe pliée, dont l'extrémité périphérique se trouvait au voisinage de l'orifice herniaire. La partie herniée avait une longueur de 10 centimètres environ ; elle était fortement hypérémiée en partie par l'étranglement produit par l'anneau, en partie par les tentatives de taxis. La trompe était adhérente à l'orifice herniaire, les franges de son extrémité abdominale étaient courtes et comme spongieuses, et l'une d'elles, longue d'un centimètre, isolée et libre, descendait à l'intérieur du sac, la frange ovarienne existait. Il s'agissait dans ce cas de hernie inguinale droite, et Vogel réduisit complètement la trompe, après l'avoir libérée des adhérences avec l'orifice herniaire.

Observation XI

Hernie inguinale étranglée depuis 24 heures
Présence de la trompe dans le sac

(Walther)

L.., 14 mois, entre à l'hôpital Trousseau, salle Ginaldès, le 31 mai 1894 dans le service du Professeur Lannelongue.

Début à l'âge de 6 semaines, la mère remarque une grosseur à l'aîne ; application d'un bandage de 3 à 5 mois. Réapparition de la hernie à 9 mois.

Opération par M. Walther. La hernie contenait un petit étranglement avec de l'intestin grêle, plus la trompe qu'on a réduite. Guérison.

Observation XII

Hernie inguinale droite

(Jalaguier)

M... (Mathilde), 19 mois, entrée le 2 juin 1896; sortie le 15 juin 1896. Antécédents personnels: rien à signaler.

Histoire de la hernie. — Il y a six mois que les parents se sont aperçus que l'enfant avait une grosseur dans l'aîne droite. L'enfant ne paraissait pas en souffrir. Quand on fait pleurer l'enfant, on voit apparaître, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal une tuméfaction ovoïde, réductible avec gargouillement. La percussion de cette tûmeur ne révèle pas une sonorité bien nette.

2 juin. — On purge l'enfant.

3 juin. — Cure radicale : chloroforme. Incision parallèle au canal inguinal. On tombe sur un sac très épais; on l'ouvre après l'avoir détaché avec soin des parties environnantes, et on trouve à l'intérieur une petite anse qu'on reconnaît être la trompe de Fallope ; on met un catgut sur le collet du sac et, un moment, on se demande, étant donné l'épaisseur du sac, si on ne se trouve pas en réalité en présence de la vessie ; on introduit même une sonde dans la vessie par l'urèthre ; mais un examen plus attentif et enfin la présence dûment constatée de la trompe de Fallope dans le sac, fait reconnaître que l'on n'a pas affaire à une cystocéle inguinale, mais bien à un sac fermé par le canal de Nück; le sac ne renfermait ni intestin, ni épiploon, bien que l'on ait nettement senti la veille que la tumeur se réduisant en produisant un gargouillement caractéristique.

Guérison.

CONCLUSIONS

I. La hernie de la trompe seule, est un fait excessivement rare.

II. Il existe deux variétés de hernies de la trompe :

a) La hernie acquise ayant comme cause le relâchement du méso-salpynx, ou encore le soulèvement et l'antéflexion d'un utérus fibromateux faisant basculer la trompe à sa suite.

b) La hernie par glissement du péritoine, entraînant la trompe rattachée à lui par des adhérences.

III. Le diagnostic de hernie de la trompe est d'une grande difficulté. On peut même dire qu'il est à peu près impossible à affirmer.

IV. Le pronostic est plus sérieux que celui d'une hernie ordinaire, étant donné la fréquence relative de son étranglement.

V. Le traitement sera conservateur, dans la mesure du possible, surtout chez une femme jeune.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 novembre **1934.**
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Abadie et Dubourg. — Etranglement herniaire d'une trompe de Fallope. *Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 10 juillet 1889.

Augier. — Sur un cas de hernie étranglée de la trompe. *Société Anatomo-Clinique de Lille*, juillet 1908.

Berger. — Article: Hernie de la trompe *in Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus. 2e édition, tome VI, page 396.

Brunner. — *Beikaege zur Klin.* Chirurg. B.S., 1889, p. 52.

Cappecchi. — Sur torsion et étranglement du pédicule dans les hernies tubo-ovariennes congénitales. *Il policlinico* (Sezzion Chirurgica), 15 octobre 1930.

Cardon. — Sur un cas d'étranglement d'une hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire chez une fille de 10 mois. *Société de Chirurgie*, 26 décembre 1906.

Chauvin. — Hernie par glissement de la trompe de Fallope. *Société Anatomique de Paris*, février 1920.

Dolbeau. — *Bulletin Soc. Anat.* 1854, p. 72.

Dupont, de Lausanne. — *Soc. Vaudoise de Médecine*, séance du 4 avril 1878 *in Bulletin de la Société Médicale de la Suisse Normande*, 1878.

Féré (Ch.). — Etude sur les orifices hernaires. *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, juillet, août, sept., 1878-79.

Garrigues (A.). — Les hernies de la trompe utérine, *Thèse*, Paris, n° 182, 1904.

Gandier. — Pseudo-étranglement d'une hernie inguinale de la trompe chez une fillette de 14 mois. *Société de Chirurgie*, 20 juin 1906.

Hallopeau et Colleville. — Hernie inguinale gauche contenant la trompe et le pédicule ovarique. *Société Anatomique de Paris*, mai 1920.

Heine. — Contribution à l'étude des hernies tubaires. *Union Médicale du Canada*, t. XLI, n° 11, 1er nov.

Heineck. — Hernias of the Fallopian tube. *The Chicago Medical Recorder*, t. XXXIV, n° 11, 15 nov. 1912.

— Contribution à l'étude des hernies tubaires. *Journal Médical de Bruxelles*, t. XVII, n° 52, 26 déc. 1912.

Henggeler (O.). — Statistiche Ergebnisse von 276 incarceristen hernien, wolche von 1881-94 in der Chirurgischen Klini k zu Zurich Bechauldelt resp. openiert worden sind. *Beitraege zur Klinischen Chirurgie*, B.D. 15, ester Hejt.

Ivanoff (P.). — Hernie de la trompe de Fallope, *Thèse*, de Lille, 1902, n° 103.

Jaboulay (M.). — Article: Hernies, *in Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbert, t. VII, p. 812.

Jordan. — Fall von rupture eines tubaren. *Fruchbrackes Leisten hernies Munichen Medizinische Worschenchrift*, 1897, n° 1, p. 7.

Kousmine. — Tumeur volumineuse de la région ilio-fémorale gauche, constituée par une hernie de la trompe utérine. *Revue de Chirurgie*, 1895.

Launay et Wiart. — *Bulletin Société Anatomique*, janvier 1897.

Lejars (F.). — Hernie inguinale de la trompe. *Revue de Chirurgie*, 1893, p. 12.

Lepoutre. — Hernie inguinale de la trompe. *Société Anatomo-Clinique de Lille*, mars 1910.

Lery et Guillaume. — Hernie de la trompe. *Société Anatomique de Paris*, avril 1920.

Lentz. — *Gazette Médicale de Strasbourg*, n° 9, 1882.

Lozano y Ponce. — Hernie inguinale étranglée de la trompe chez un enfant. *Académie Médico-Chirurgicale Espagnole*, 10 *mai* 1909.

Marconi (Vienne). — Hernie par glissement de l'ovaire étranglée. *Viener Klinisch Vochenschrift*, 24 mars 1927, p. 389-90.

Mariani (C.). — Ernia inguinale de la tromba fallopiana. *Suppl. al. Policl. Roma*, 1901, 7-385-387.

Marsily. — La hernie inguinale de trompe. *Thèse* de Montpellier, 1919.

Matthey. — Uber logen Eingklemnite herniem der annexe. *Beitraege zur Klinischen Chirurgie*, t. LXXXIII, n° 2, mars 1913.

Morf (P.-E.). — Hernia of the Fallopian tuber without hernia, of the ovary. *Annals Surgerey of Philadelphie*, 1901, 33, p. 247-258.

Moure. — Hernie de la trompe. *Société Anatomique de Paris*, février 1920.

Nové-Josserand et Rendu. — Sur 4 cas de hernies congénitales de la trompe chez la petite fille. *Archives provinciales de Chirurgie*, Paris, t. XXII, n° 9, sept. 1913.

Parrar. — Hernia of the uterus and booth adriexe, with the

report of a case. *Surgerey Gynecology and obstétrics*, t. XVII, n° 5, novembre 1913.

Planson. — Hernie congénitale de la trompe, *Société Anatomique*, 1906.

Remedi. — Sulle ernia della tromba uterina e delle trombe accesseries. *Dess. Edit. Cagliari*, 1898.

Rocher (H.-L.). — Hernie de la trompe et ovaire. *Bulletin de Gynécologie et Obstétrique*, 1924.

Rocher *et* Forton. — Hernie de trompe et ovaire chez le nourrisson. *Bulletin de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1927.

Santoro. — Un caso di ernia annexiale strozzata. *Archivio Italiano di Genecologia*, Naples, t. XVII, n° 3, 31 mars 1914.

Scholler. — Hernie inguinale congénitale renfermant la trompe de Fallope. *Nene Zeitschrift fur Geburtskunde*, 8e vol. 2e cahier. Observation rapportée dans *Gazette Médicale de Paris*, 1840, p. 509.

Schultz. — Contributions à l'étude des hernies de la trompe de Fallope sans hernie de l'ovaire. *Thèse* de Paris, 1898-99, n° 1.

Souligoux. — Hernie inguinale de la trompe et de l'ovaire gauches et du ligament large du même côté. *Société de Chirurgie*, 30 juin 1909.

Tourneux. — Hernie de la trompe de Fallope. *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie*, Lille, 1913.

Villard. — Salpingite suppurée dans un sac herniaire. Salpingites hautes; leur pathogénie. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1901, p. 225-229.

Vogel (M.). — Die tuba Fallopial obs einzinger inhalt ciner hernia inguinalis Centralblatt, F. G. gueek, Leipzig, 1886, 10, p. 166-168.

Voigt. — Observat. publiée en 1809 *in Hufeland Journal der Practischen Heilkunde*, n° 3, p. 139 et Rapport de Deizeimeris dans l'*Expérience*, 1839. p. 219.

Walter Spitzer. — *Journal de Chirurgie*, 1932, Hernie étranglée avec contenu anormal.

Wiart (P.). — Double hernie congénitale des trompes sans hernies de l'ovaire. *Bulletin Soc. Anatomique*, Juillet 1898, p. 537.

— Hernie inguinale congénitale de la trompe gauche. *Bulletin Soc. Anatomique*, janvier 1899, p. 59.

Bordeaux. — Imp. J. Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.